

यूनाइटेड अजोड इन्स्योरेन्स लिमिटेड

United Ajod Insurance Limited

United by Trust

(साविकका यूनाइटेड इन्स्योरेन्स कं. (नेपाल) लि. र अजोड इन्स्योरेन्स लिमिटेड एक आपसमा गाभिएर बनेको बीमक)

सि.टि.सी. मल, सातौं तल्ला, बागदरबार मार्ग, सुन्धारा, काठमाडौं, नेपाल

फोन: ०१-५३३३७४३, ५३४३३०३, ५३४४०९३, ५३४३०७३, टोल फ्रि नं.: १६६०-०९८६४९६

E-mail: info@unitedajodinsurance.com, Web: www.unitedajodinsurance.com

व्यक्तिगत दुर्घटनाको दावी फाराम

बीमालेख नं.

दावी नं.

यो फाराम कम्पनीको दायित्व समावेश नहुने गरी जारी गरिएको छ र फाराम प्राप्त भएको मितिले सात दिन भित्र कम्पनीमा फिर्ता बुझाई सक्नु पर्नेछ। पछाडि "औषधोपचार प्रमाण-पत्र" प्राप्त नभएसम्म दावीको लागि कम्पनी जिम्मेवार हुने छैन।

१) बीमित पूरा नाम:

ठेगाना: फोन नं. मोबाइल

२) कर्मचारी पूरा नाम:

घरको ठेगाना:

उमेर पेशा मासिक आमदानी

(यो रकम बीमितले आफ्नो कर्मचारीलाई दुर्घटना हुनुभन्दा पूर्व मासिक रूपमा तिर्दै आएको औशत रकम हो।)

३) (क) दुर्घटना भएको मिति र समय

(ख) दुर्घटना भएको स्थान

(ग) दुर्घटना भएको कारणको व्यहोरा

(घ) चोटपटकको किसिम

४) कुनै साक्षीको नाम र ठेगाना

५) कर्मचारीलाई जाँच्ने चिकित्सकको नाम र ठेगाना

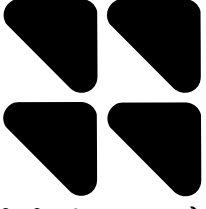
६) (क) दुर्घटनाको एकल तथा प्रत्यक्ष कारणबाट कर्मचारी पूर्णरूपले असक्षम भई कति अवधिको लागि आफ्नो कार्य गर्न सकेन

(ख) के कर्मचारी अहिले पनि अशक्त छ, यदि छ भने कहिलेसम्ममा काममा फर्किने आशा गर्न सकिन्छ।

म/हामी यो यद्घोष गर्दछु/छौं कि माथि उल्लेखित कर्मचारीलाई माथि बयान गरिए बमोजिमको चोटपटक लागेको हो र मेरो/हाम्रो ज्ञानमा माथि लेखिएको व्यहोराहरू हरेक दृष्टिले साँचो छ।

मिति:

दस्तखत:



यूनाइटेड अजोड इन्स्योरेन्स लिमिटेड

United Ajod Insurance Limited

United by Trust

(साविकका यूनाइटेड इन्स्योरेन्स कं. (नेपाल) लि. र अजोड इन्स्योरेन्स लिमिटेड एक आपसमा गाभिएर बनेको बीमक)

सि.टि.सी. मल, सातौं तल्ला, बागदरबार मार्ग, सुन्धारा, काठमाडौं, नेपाल

फोन: ०१-५३३३७४३, ५३४३३०३, ५३४४०१३, ५३४३०७३, टोल फ्रि नं.: १६६०-०१८६४९६

E-mail: info@unitedajodinsurance.com, Web: www.unitedajodinsurance.com

कर्मचारी चिकित्सकबाट भर्नु पर्ने

औषधोपचार प्रमाण-पत्र

म प्रमाणित गर्दछु कि श्री/श्रीमती लाई

मिति मा चोटपटक लागेको हो । उसको चोटपटक निम्नानुसार छन्:

- १)
- २)
- ३)
- ४)

यदि निजको चोटपटक अन्य अवस्थाको कारणले जटिल हुन गएको छ भने सो को विवरण उल्लेख गर्नुहोस्:

- १)
- २)
- ३)
- ४)

निज पूर्णरूपले असक्षम छ र मिति सम्म असक्षम रहने छ ।

दस्तखत तथा

योग्यता मिति

(“पूर्णरूपले असक्षम” भन्नाले जब कर्मचारी आफ्नो व्यवसाय तथा पेशामा संलग्न हुन सक्षम हुँदैन ।)